

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

400

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juillet 1893, à 1 heure.

PAR

MAIRE-AMÉRO (LÉON-CONSTANT)

Né à Paris, le 2 février 1867.

ŒDÈME DE LA GLOTTE

considéré comme symptôme primitif du

MAL DE BRIGHT

CHEZ L'ADULTE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

MM.

Juges { PANAS, professeur.
BRUN, CHARRIN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

400

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juillet 1893, à 1 heure.

PAR

MAIRE-AMÉRO (LÉON-CONSTANT)

Né à Paris, le 2 février 1867.

ŒDÈME DE LA GLOTTE

considéré comme symptôme primitif du

MAL DE BRIGHT

CHEZ L'ADULTE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges { MM.
PANAS, professeur.
BRUN, CHARRIN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	N.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Hommage d'amour filial et de profonde reconnaissance.

A MON PÈRE

A MON MAÎTRE

LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin de l'Hôpital Necker
Membre de l'Accadémie de médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine

A MES AMIS

La condition de l'Etudiant en médecine est bien différente de celle du jeune collégien, si différente même qu'elle frappe assurément tous les esprits.

Qui n'a pas trouvé dans cette liberté de l'étudiant qui nous paraît si belle et si grande lorsque nous sommes encore au collège quelque chose de froid et de triste ! Qui n'a pas éprouvé un véritable déplaisir en entrant seul, sans appui, dans cette immense Faculté.

Pour moi, il me semble que j'ai erré pendant longtemps dans un désert, inconnu, ignoré de tous et le bonheur que l'on a d'éprouver sa responsabilité personnelle, sa valeur propre, de l'estimer nécessaire à quelque chose, je ne l'ai vraiment ressenti qu'au moment où j'ai trouvé celui qu'il me fait plaisir d'appeler aujourd'hui mon maître, Monsieur le Professeur Dieulafoy.

Oui, du jour où je suis allé à Necker, encore indécis, incertain, de ce jour date le bonheur de ma vie d'étudiant. Alors seulement soutenu par ses sages conseils, encouragé par les marques d'amitié que sa bienveillance ne nous a pas épargnées, fort des bonnes leçons qu'il nous donnait, je me suis

reconnu utile au bien des malades, et fier de la responsabilité qu'il nous confiait.

De ce jour j'ai été heureux et j'estime heureux les étudiants qui peuvent trouver un maître tel que lui.

Aujourd'hui sur le point de quitter l'Ecole ; un devoir me fait plaisir à remplir, celui de remercier mon Maître.

Merci cher et vénéré Maître, merci de vos leçons, merci de vos conseils, merci de votre amitié.

Je garderai toute ma vie le souvenir des bonnes années que j'ai passées auprès de vous ; je ne cesserai de me rappeler vos bienfaits et vous en serai toujours reconnaissant.

LÉON MAIRE AMÉRO.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le mal de Bright est un syndrome ayant pour substratum une lésion anatomopathologique dont Bright n'avait pas spécifié les divers caractères.

Nous prendrons le mal de Bright dans son acception la tel plus générale; englobant toutes les variétés de néphrites, que Bright l'avait fait lui-même; et comme nous nous sommes proposé de faire une description clinique, nous nous en tiendrons à la description des symptômes de la maladie de Bright sans nous attacher à la nature et la variété de la lésion.

Nous passerons en revue les divers accidents de cette maladie et après avoir étudié l'œdème aigu du larynx au cours de celle-ci, nous nous attacherons à démontrer que souvent cet œdème aigu du larynx peut apparaître seul, avant tous les autres œdèmes, bien plus avant tous les autres signes, survenant alors comme symptôme unique, comme *symptôme primitif*.

On connaît depuis longtemps les grands symptômes qui apparaissent au cours de la maladie, mais on en est plus aujourd'hui à attendre les œdèmes pour faire le diagnostic de mal de Bright et tous ceux qui ont assisté aux leçons magistrales faites par M. le professeur Dieulafoy, à la Faculté

de médecine, savent la valeur de ces petits symptômes en apparence peu importants que notre Maître a réunis sous le nom de petits accidents du Brightisme et qui apparaissent au début de la maladie : tels sont la pollakiurie, la polyurie, le doigt mort, les troubles auditifs, les troubles de la vue, les démangeaisons, les crampes, les épistaxis, la cryesthésie, les secousses électriques, le signe de la temporale, les légers oedèmes des paupières et des malléoles, les céphalées, les troubles respiratoires, les troubles cardiaques, les troubles digestifs.

Tout le monde a pu voir au lit du malade à l'hôpital Necker, M. Dieulafoy réunir quelques-uns de ces signes après les avoir recherchés avec soin et affirmer sur l'existence de ces petits accidents la maladie de Bright; le malade était mis au régime lacté et un à un chacun de ces petits accidents disparaissait, le malade sortait amélioré, guéri même, lorsqu'il était venu avec des accidents remontant à une époque peu éloignée.

Les urines qu'on avait examinées à l'arrivée du malade et qui étaient trop abondantes ou rendues en trop petites quantité, albumineuses ou non, d'une densité trop faible redevenaient normale, sous l'influence du régime lacté et l'albumine disparaissait peu à peu.

Une des questions qui occupait toujours notre Maître était de savoir la cause de cette maladie de Bright : souvent on la trouvait dans une maladie infectieuse, scarlatine vraie, scarlatine fustre, fièvre typhoïde, érysipèle, pneumonie, rhumatisme, mais fait remarquable entre tous, dans

beaucoup de cas la chlorose, *une fausse chlorose*, était le point de départ de la maladie, témoins les nombreuses observations qui, recueillies par notre Maître ont fait le sujet de sa remarquable communication à l'Académie de Médecine ces jours derniers.

Revoyez les nombreuses observations qui en sont la base, vous y trouverez bon nombre de maladies de Bright qui, caractérisées au début par quelques « petits accidents » sont cependant arrivées rapidement à la période des œdèmes, de l'anasarque. Quelques-uns brightiques sans albumine au début sont devenus brightiques avec albumine dans la suite. Témoin la remarquable observation que nous cite M. le professeur Dieulafoy et qui convaincra tous les esprits, de cette jeune fille qui, venant dans son service avec quelques signes seulement de brightisme, des œdèmes, pas d'albumine, s'améliore rapidement sous l'influence du régime lacté, quitte le service, abandonne son traitement, se marie, a une grossesse normale, accouche normalement et a trois jours après des attaques d'éclampsie avec albumine, albuminurie dont la présence dans les urines, recherchée vainement pendant tout le temps de la grossesse, est constatée alors pour la première fois, et qui guérit de nouveau sous l'influence du régime lacté.

Nous venons d'exposer les divers symptômes de la maladie de Bright en insistant davantage sur les petits accidents du début. Habituellement la maladie s'installe ainsi sournoisement, les symptômes n'apparaissent que peu à peu et ce n'est que dans le cours de la maladie que surviennent les œdèmes. Encore y a-t-il des rémissions pendant les-

quelles le malade se croit guéri quand soudain le réveil des gros accidents se produit : Anurie, œdèmes, etc.

Nous voici arrêtés par le mot qui fait le titre de notre thèse. Nous voulons, en effet, étudier ici les œdèmes qui apparaissent au cours de la maladie de Bright nous proposant d'insister en particulier sur l'un de ceux qui est le moins étudié et le moins signalé : sur l'œdème de la glotte, que nous avons trouvé apparaissant souvent au cours de la maladie de Bright mais survenant quelquefois comme *symptôme primitif de la maladie de Bright*.

C'est ce point qui nous a le plus frappé, et que nous nous sommes proposé d'étudier, de mettre en lumière sous ce titre attrayant de : *Œdème de la glotte ; Symptôme primitif du mal de Bright*. Manifestation rare, il est vrai, mais qu'il est nécessaire de connaître, de diagnostiquer, de pronostiquer, de traiter, ainsi que le démontreront les observations qu'il nous a été permis de réunir.

DE L'ŒDÈME EN GÉNÉRAL

DE L'ŒDÈME DU LARYNX EN PARTICULIER. SA PATHOGÉNIE.

L'œdème a été défini par M. le professeur Legroux, une infiltration séreuse du tissu cellulaire localisée à une portion de l'enveloppe cutanée ou de tout autre organe.

Strauss, dans l'article *Hydropsie* du Dictionnaire Jacoud, dit : Quand l'épanchement, accumulation de sérosité, occupe une région limitée du corps et surtout le tissu conjonctif sous-cutané ou sous-muqueux de cette région on le désigne sous le nom d'œdème.

L'œdème est essentiellement caractérisé par un épanchement de sérosité albumineuse qui s'effectue entre les faisceaux de tissu conjonctif et les écarte les uns des autres.

L'œdème étant cela, n'appelons pas œdème les autres affections de la glotte où l'épanchement n'a pas les caractères de l'œdème du liquide hydropique (caractères que nous allons énumérer plus bas), où le liquide comme celui des œdèmes à la suite d'érysipèle, est un liquide séro-purulent, louche, sans albumine.

Du reste, la véritable infiltration séro-albumineuse ne se produit que dans le cours d'une maladie générale comme

la maladie de Bright, plus rarement dans les affections cardio-pulmonaires ou encore dans les œdèmes de cause mécanique, obstruction veineuse par compression.

N'appellez pas non plus œdèmes, les cas signalés par Doleris Gougenheim où le larynx tuberculeux n'est pas œdématisé mais sclérosé, où l'infiltration est solide, où là, il y a pseudo-œdème.

Dans l'œdème vrai, la peau de la muqueuse apparaît lisse, brillante par places, luisante, translucide, laissant diffuser la lumière; la tension et l'amincissement sont tels qu'il semble que la muqueuse va éclater. Il n'en est pas de même quand l'œdème devient chronique, l'aspect est alors celui d'un liquide louche séro-purulent : dans les faits où il est parlé d'œdème purulent, par Thuillier, il ne s'agit pas d'autre chose que d'un œdème chronique. Cet état est dû à la coagulation de l'albumine, coagulation qui s'observe au bout d'un certain temps et non au mélange du pus avec la sérosité. Le même phénomène se produit après l'application d'un vésicatoire, pendant les premières heures la phlyctène est remplie d'une sérosité citrine qui prend bientôt l'aspect louche. Ce qui est le criterium de cette vérité, c'est que partout où la maladie a marché vite, le liquide a été transparent, au contraire, il a l'aspect louche quand la maladie a suivi une marche lente comme dans les cas observés par Thuillier où les malades sont morts 24 heures après le début des accidents.

Toutes les irrégularités sont effacées, les dépressions, les rides, les méplats, les anfractuosités, tout est sur le même plan.

Le palper, très difficile à faire sur la muqueuse du pha-

rynx, laisse l'impression du doigt, il y a formation du godet.

La température locale, contrairement à l'œdème des autres régions, n'est pas abaissée, elle est celle que lui fournissent les tissus environnants.

Plus l'œdème est volumineux, plus la gêne de la respiration est marquée, plus la sensation de douleur, de lourdeur qu'éprouve le malade est grande.

En piquant ces plaques d'œdème, on voit sourdre un liquide jaunâtre, citrin, clair, transparent, que nous allons examiner dans un instant.

L'œdème peut disparaître de deux façons : ou bien s'il reçoit une issue faite extérieurement, ou si la cause qui l'a engendrée disparaît. Sa durée est variable, il peut aboutir à la résolution.

Les qualités du liquide sont les suivantes :

Densité : 1.012.

Réaction : Alcaline.

Eau : 9.80 pour 1,000 grammes.

Chlorure de sodium : 7 grammes pour 1,000 grammes.

Carbonate et phosphate de chaux : 1 à 8 grammes pour 1,000 grammes.

Carbonate et phosphate de soude : 1 à 8 grammes pour 1,000 grammes.

Les lactates, les urates, l'urée y figurent en quantité plus abondante. La graisse y figure en petite quantité.

Les principes albuminoïdes à l'état d'albumine y figurent dans la proportion de 5 à 7 pour 1000.

On trouve souvent dans le liquide hydropique des traces médicamenteuses et en particulier le salicylate et l'iodure.

La présence de ce médicament est, comme nous le verrons, très importante, au point de vue étiologique et thérapeutique.

Enfin, l'œdème ne contient pas de fibrine.

Maintenant que nous avons examiné les caractères de cet œdème, étudions sa pathogénie ; elle nous fera comprendre surtout la façon dont se forme l'œdème, et les résultats que nous aurons nous fourniront des indications précieuses pour le traitement.

Je vais étudier ici la pathogénie de l'œdème de la maladie de Bright, laissant de côté celle des autres œdèmes.

La sueur, les urines enlèvent une grande quantité de liquide intentitiel. Or, si ces voies supplémentaires viennent à être supprimées, le liquide, bien que sécrété en quantité normale, pourra néanmoins s'accumuler dans les mailles du tissu.

Les auteurs du *Compendium* sont du même avis :

A l'état physiologique, disent-ils, le tissu cellulaire est continuellement gorgé d'une certaine quantité de sérosité, qui se dépense sous forme de sueur et d'urine. Qu'une circonstance quelconque vienne à entraver tout à coup l'exhalaison tégumentaire et aussitôt le tissu cellulaire sous-cutané se gonfle. La suppression des fonctions de la peau ne paraît pas donner des hydropisies, ainsi qu'il résulte des expériences de Besnier.

Tous les chirurgiens savent que, lorsque l'urine est restée longtemps accumulée dans la vessie, ce liquide excrémental reflue dans les uréters et jusque dans les bassinets et

des calices ; le sang alors ne peut se débarrasser de l'excès d'eau qu'il contient et qui s'écoule normalement en abondance à la surface du rein, d'où l'œdème.

Il y a augmentation de la tension vasculaire résultant de ce trouble apporté à la circulation.

Dans la néphrite il n'y a pas défaut d'excrétion, il y a absence de sécrétion. Mais le résultat est le même, le liquide s'accumule dans le sang, il y a augmentation de la tension vasculaire et œdème.

Les vaisseaux capillaires sanguins étant, en raison de la minceur de leurs parois, les seuls qui paraissent être le siège de phénomène d'osmose (endosmose et exosmose), ces phénomènes qui président à l'absorption et à l'exhalation, c'est à leur niveau que se forme l'œdème.

En résumé l'œdème est produit par la rétention des liquides interstitiels entre les mailles du stroma conjonctif ; rétention due à la suppression de l'excrétion par le rein et la peau.

Nous venons de voir dans le chapitre précédent ce que c'est que l'œdème en général, et qu'elle est sa pathogénie.

Nous allons voir maintenant où se localisent ces œdèmes.

Nous ne ferons que signaler ses différentes et parfois si singulières localisations, nous attachant plus particulièrement à la localisation si étrange de l'œdème au niveau de la glotte.

Nous trouvons ces œdèmes localisés dans les organes les plus divers, fugaces, allant d'un point à un autre, du jour

au lendemain. Cette mobilité même est une des causes principales qui les fait négliger trop du malade, et quelquefois du médecin.

Un malade a de l'hydrothorax, un autre de l'ascite, un autre une hydropéricardite, une pleurésie. Nous ne parlerons pas des œdèmes des paupières et des malléoles, tant ce caractère mobile est connu de tous, mais voici quelques cas de localisations dont la bizarrerie est bonne à signaler puisque ces œdèmes apparaissant au cours ou au début de la maladie de Bright, parfois comme *symptôme unique*, ont donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Tantôt c'est un chemosis léger qu'on prend pour un ectropion (Bright), un œdème de la paupière inférieure qu'on regarde comme une propagation de l'inflammation de la conjonctive, tantôt un gonflement limité à la partie inférieure de la joue qu'on dit au malade être une fluxion dentaire (Abeille).

On a signalé, au début, des œdèmes du pourtour du coude, du grand trochanter.

Huchard signale un œdème du cordon spermatique qu'on prenait pour une hernie. On veut rattacher à une affection des organes génitaux un œdème du scrotum, du pénis, du prépuce, de la grande lèvre chez la femme.

Nous trouvons une note de Revilloux (*Gaz. des hôpitaux*, 1876), qui signale un œdème unilatéral correspondant à une néphrite unilatérale. G. Sée signale un fait du même genre chez une malade de son service à l'Hôtel-Dieu.

Le fait d'œdème du larynx est une localisation rare aussi, mais moins fréquente qu'on le pense. Nous ne saurions trop le répéter.

A quoi sont dues ces localisations spéciales des œdèmes ? Y a-t-il là une cause de *locus minoris resistentiæ* ? Aucun travail n'a été fait sur ce point particulier. Le phénomène de la pesanteur semble assez bien expliquer à lui seul l'œdème des jambes et des paupières.

M. le professeur Dieulafoy faisait remarquer il y a quelques jours que l'œdème pulmonaire chez une de ses Brightiques n'était localisé que du côté gauche, sur lequel la malade avait l'habitude de se coucher constamment.

C'est après avoir marché toute la journée que le malade voit sa cheville enflée. C'est au réveil alors que la tête a reposé dans le décubitus dorsal que sa paupière est gonflée.

L'hémilatéralité de l'anasarque ne pourrait-elle pas être expliquée de la même façon ?

Faut-il voir dans la localisation pleurale, péricardique, péritonéale, laryngée, une prédisposition de ces organes à être frappés d'œdème parce qu'ils sont le *locus minoris resistentiæ*.

Nous avons remarqué ce fait que bien souvent l'œdème frappe des larynx déjà touchés. Lisez cette observation que nous avons trouvée dans les *Annales des Maladies de l'oreille, du larynx et nez*, pour 1891. Il s'agit d'un œdème du larynx apparu chez un malade ayant depuis longtemps des signes de Brightisme. L'auteur (Mendel) attire l'attention sur la particularité suivante.

A la face postérieure de l'opercule de l'épiglotte on trouva à un demi-centimètre du bord supérieur une petite tumeur conique formée probablement par une inflammation chronique de la muqueuse, la petite tumeur n'ayant

jamais gêné le malade, celui-ci, pour cette raison, refusa de se laisser opérer.

Ce fait de la coïncidence de l'œdème de la glotte chez un malade qui, brightique depuis plus de 20 ans n'avait éprouvé que des œdèmes passagers et rien autre, a frappé l'auteur qui pense voir là un point d'appel pour les accidents que nous venons de signaler. La tumeur épyglottique crée le *locus minoris resistentiæ*.

Lisez dans le *Bulletin médical*, ann. 1888, page 470. Ce cas d'œdème de la glotte, avec asphyxie : on fait la trachéotomie, le malade meurt, à l'autopsie ; on trouve sur le larynx une petite plaie occasionnée par le passage d'un petit fragment de verre.

Dans la thèse de Petitjean, Paris, 1879, nous trouvons encore une observation d'œdème de la glotte, où à l'autopsie on trouva des ulcérations laryngées minimales d'origine tuberculeuse.

Les observations des larynx de malades atteints d'œdème de la glotte étant rares on n'a pu en tirer de conclusions. Mais il est bon déjà de penser que la constitution du larynx peut appeler la tuméfaction.

Voilà une indication précieuse que le médecin devra connaître puisqu'il pourra prévenir peut-être l'œdème de la glotte en détruisant chez un malade, brightique déjà, l'élément inflammatoire qui se trouverait au larynx.

Nous venons d'étudier l'œdème, nous avons vu les différentes localisations de l'œdème et plus particulièrement nous avons insisté sur la localisation laryngée. Nous reviendrons plus loin et plus en détail sur l'étude de cet

œdème laryngé. Pour le moment reprenons l'histoire de la marche de la maladie de Bright.

Habituellement, ainsi que nous l'avons déjà dit, les petits accidents apparaissent les premiers insidieusement; depuis longtemps déjà le malade a des maux de tête quand apparaissent les premiers et légers œdèmes des paupières, des malléoles, et ce n'est que dans le cours, vers la fin de la maladie, que se déclarent les gros œdèmes. Quelquefois la maladie a un début plus brusque et ce fait a si bien frappé depuis longtemps les observateurs que Bright lui-même avait classé certaines observations sous le titre de *signes insolites* de la maladie de Bright.

Ces signes insolites signalés par Bright, Wunderlich, étudiés plus tard par Gubler, Sée, Fournier, Cornil, sont des accidents urémiques véritables. Ils se rapportent aux divers appareils respiratoire, circulatoire, digestif, nerveux, rénal, cutané.

Le malade est pris brusquement de bronchite, il vient vous consulter pour des palpitations violentes; il vient pour de la diarrhée, pour des vomissements, vous le trouvez se roulant dans la rue en proie à une crise épileptiforme, etc.

On l'apporte au médecin tout anhelant, asphyxiant: il vient d'être frappé d'œdème de la glotte, et cette grave affection qui vient soudain mettre ses jours en danger l'a surpris en pleine santé.

La fréquence de ce redoutable mal, au début et comme signe primitif de la maladie de Bright, est beaucoup plus grande qu'on pourrait le croire, ainsi que le démontrera la

statistique comparée des symptômes insolites apparaissant au début de la maladie.

Nous avons trouvé 120 cas de débuts brusques. Voici, rangés par ordre de fréquence, ces divers modes de début :

Dyspnée cardiaque ou bronchique	28
Coma, convulsions	18
Troubles de la vue	18
Hypertrophie du cœur	17
Céphalée	16
Bronchite simple généralisée	13
Etat gastrique, vomissements	13
Polyurie	11
<i>Œdème de la glotte</i>	10
Troubles de l'ouïe	9
Diarrhée	7
Hémoptysies	6
Epistaxis	5
Névralgie faciale	5
Hémorrhagie cérébrale	2

SYMPTOMES

Le mot *œdème de la glotte*, dans l'affection hydropisie du larynx que nous étudions ici, est bien le véritable terme, la véritable étiquette à mettre sur cette maladie. Ce n'est pas une angine (l'angine laryngée œdémateuse de Trousseau, de Sestier), puisqu'il n'y a pas inflammation au sens propre du mot. Ce n'est pas non plus de la laryngite œdémateuse, laryngite voulant dire déjà inflammation du larynx, c'est bien [de l'œdème de la glotte, — œdème de la glotte est peut-être encore impropre en ce sens que le mot glotte signifie l'espace compris par les cordes vocales et qu'un espace ne peut être œdématié. Mais nous nous entendons, et par là nous voulons dire que l'espace de la glotte est rétréci par l'œdème des cordes vocales. Œdème de la glotte est encore impropre pour une autre raison. Ce ne sont pas seulement les cordes vocales qui sont infiltrées, mais l'œdème se trouve encore localisé dans tout le reste du larynx. Cette localisation de l'œdème à la glotte est préférable à la division qu'adoptait Cruveilhier d'œdème sus-glottique et d'œdème sous-glottique.

Le terme infiltration laryngée proposé par Jaccoud répon-

draît mieux à la localisation, mais conservons le terme de Bayle, appelons œdème de la glotte l'hydropisie du larynx dont la symptomatologie est la même que celle des œdèmes provoqués par des lésions différentes comme siège et comme nature, ainsi que le prouvent les nombreuses descriptions faites par les auteurs. Gougenheim et Doléris font une exception pour les œdèmes d'origine tuberculeuse. Ici les symptômes ne sont pas les mêmes, mais la lésion est absolument différente. Il n'y a pas dans ces cas d'œdème, mais de la sclérose véritable. C'est du pseudo-œdème, il y a quelquefois cependant du liquide ; mais c'est le fait le plus rare.

Nous avons vu, à propos de la pathogénie de l'œdème, ce que c'est que l'œdème véritable, celui que nous envisageons aujourd'hui, la véritable hydropisie du larynx.

Le malade ayant reçu sur le dos une averse, étant resté mouillé pendant une journée, ayant couché à l'humidité, s'étant refroidi sur l'impériale d'un omnibus, etc., se réveille la gorge un peu embarrassée, la respiration un peu gênée ; il lui semble qu'un corps étranger l'étrangle, il cherche à l'arracher avec son doigt ; il éprouve une sensation de chaleur à l'arrière-gorge, il boit, sa déglutition est difficile et douloureuse, il remarque qu'il crache beaucoup plus souvent. Sa voix est nasillarde, enrouée, parfois tout à fait éteinte, il ne parle plus que des lèvres, il est forcé d'entre couper ses phrases, de respirer après quelques mots, après quelques syllabes, la parole est hale-tante. Il s'inquiète, ses traits sont altérés, il cherche la cause de cette gêne et essaie au prix des plus grands efforts à se débarrasser des causes de cette gêne ; il porte la main

à la partie extérieure du cou, il va consulter un médecin, demandant qu'on lui arrache l'obstacle qui s'oppose au passage de l'air ; il a soin de faire remarquer que l'air sort librement, mais que toute la difficulté consiste à faire pénétrer l'air dans les poumons. Il met en jeu toutes ses puissances inspiratrices.

Pendant qu'on l'examine il est pris d'un accès de suffocation terrible qui fait craindre pour ses jours, il demande de l'air, sa voix est tout à fait éteinte, il est là cherchant à se débarrasser des vêtements qui couvrent sa tête, qui entourent sa poitrine. Il se dirige vers la fenêtre pour respirer de l'air, pour peu qu'on le fasse attendre, sa figure devient livide, menaçante, ses yeux humides et saillants, et il est là, humant l'air frais du dehors, suant à grosses gouttes, la bouche béante, les narines battantes, s'accrochant aux meubles, au chambranle de la cheminée, au lit ; d'instinct il s'attache à tout ce qui peut offrir un point à ses muscles respirateurs accessoires ; tantôt il s'assied et jette sa tête en arrière pour se reposer et mieux respirer, tantôt il se lève et marche le visage tourné vers la terre comme désespéré de ne pouvoir trouver la quantité d'air qui lui manque. Il est pris soudain d'un accès de toux, vite il se précipite à la fenêtre, aspire un peu d'air frais, l'air le soulage, l'accès se calme peu à peu après avoir duré 2, 3, 5, 10 et même 15 minutes. On entend un bruit de drapeau caractéristique. La crise est apaisée, il va profiter de ce calme pour se reposer et s'asseoir dans un fauteuil. Il vous regarde d'un air triste, son oeil vous dit : plaignez-moi ! Il est en nage, tout ruisselant de sueur ; il porte toujours la main à son cou qui est gonflé et apparent, volumineux et court, l'orthopnée

est extrême. Il n'ose plus parler dans la crainte de voir revenir un nouvel accès; du geste il fait signe à tout le monde de s'écarter de peur de l'étouffer : *on lui prend son air.*

Il reste calme pendant un court instant, puis de nouveau il s'agite de plus en plus et l'accès recommence plus violent : un mouvement de déglutition a provoqué de la douleur et un accès de toux qui l'épuisent.

De temps à autre la dyspnée lente et continue est interrompue par ce violents paroxysmes de suffocation, sortes de spasmes réflexes qui entraînent l'obstruction de la glotte et augmentent à un suprême degré, l'angoisse du malade. Les accès se répètent à intervalles de plus en plus rapprochés ; le pouls devient petit en quelques heures, l'asphyxie devient imminente.

Dans bien des cas la dyspnée n'a pas d'emblée les mêmes caractères : l'œdème augmente graduellement mais lentement avant de compromettre la vie du malade, le médecin est averti par la voix rauque du malade, l'aphonie, la dyspnée et peut indiquer un traitement dont l'effet aura le temps de se faire sentir : souvent mêmes ces œdèmes sont si peu remarqués par le malade que celui-ci ne porte pas l'attention du médecin sur ce point.

Pour Peter et Krishaber, les crises de suffocation ne se produisent pas dans les 3/5^{es} des cas, elles manquent surtout dans les œdèmes à marche lente, presque chronique, comme, ajoutent ils, le sont souvent ceux de la maladie de Bright.

Nous avons vu que les grands symptômes de l'œdème de la glotte étaient la dyspnée, la raucité de la voix — l'aphonie. Etudions un instant la pathogénie *de ces deux symptômes.*

PATHOGÉNIE DE LA DYSPNÉE.

On a dit que cette dyspnée était caractéristique dans ce sens que, occasionnée par l'accolement des replis œdématisés, tremblotants et mobiles sous le poids de la colonne d'air inspiré elle était essentiellement inspiratoire et que l'expiration au contraire se ferait sans difficulté, les replis accolés s'écartant naturellement sous l'influence de la pression excentrique exercée par la colonne d'expiration. La chose est vraie dans quelques cas et l'on peut voir des malades, à la suite d'une inspiration pénible et sifflante, avoir une expiration silencieuse et facile, mais le fait est loin d'être constant, souvent l'expiration est aussi laborieuse que l'inspiration, car dans la plupart des cas les replis aryépiglottiques infiltrés sont durs et ont perdu toute espèce de mobilité. Au moment de l'inspiration on a noté (Sestier) un bruit de drapeau qu'il attribue à la mise en vibration des replis épiglottiques agités par le passage de l'air.

Les expériences faites depuis 1878 et l'observation clinique ont conduit Gougenheim à refuser presque complètement à la tuméfaction des replis aryéno-épiglottiques le rôle important qu'on leur a fait jouer dans la production de la dyspnée. Pour Gougenheim la dyspnée serait le fait de l'œdème laryngien proprement dit ou d'une infiltration

néoplasique entraînant l'occlusion du conduit laryngien ou de la paralysie des dilatateurs. Cette opinion trouve sa confirmation légitime dans les faits d'œdème énorme des replis ary-épiglottiques, restés complètement latents (Gougenheim, Hanot) (1).

(1) Ces notions ont un intérêt pratique, car elles conduisent à ne pas considérer l'œdème des replis arylémo-épiglottiques comme une indication formelle de trachéotomie.

Société méd. des Hôpitaux, séance du 22 juin 1883. Progrès médical, 1883, 7 juillet. N° 27.

PATHOGÉNIE DE L'APHONIE

Le plus souvent la voix est peu altérée. Ce qui se comprend aisément puisque les cordes vocales sont généralement intactes ; elle est seulement sourde et elle s'accompagne d'une toux pénible avec accès de suffocation ; la voix peut devenir aiguë, soit que les cordes vocales participent à l'œdème, soit que les parties œdématisées arrivent à leur contact.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

Comme le font prévoir les symptômes que nous avons énumérés, quand l'œdème se déclare d'une façon brusque la marche est rapide et les accidents arrivent en peu de temps.

La marche de la maladie ne trouve de différences que dans la rapidité et l'intensité des symptômes, de même qu'il y a deux débuts, de même il y a deux marches : une lente, une rapide.

Dans l'œdème aigu, les accès de suffocation se font de moins en moins rares, et leur violence est de plus en plus grande, aussi le malade succombe-t-il en quelques heures. Ils sont nombreux les cas où l'on n'a même pu intervenir tant la mort a été rapide. Témoins les faits nombreux que nous avons trouvés et parmi lesquels nous prenons quelques exemples au hasard.

Tel celui de Blache, 1835. Un infirmier de l'Hôtel-Dieu souffrait depuis deux jours d'un mal de gorge, cette indisposition était si légère qu'il ne crut pas devoir interrompre son service. Vers les quatre heures du soir, il est pris de suffocation, on appelle aussitôt l'interne de garde qui se trouvait dans une salle voisine, il accourt : il était mort.

C'est peut-être, ajoute Blache à propos d'un fait de ce genre, que Tulpins dit :

Nihil non molitum, sed urgentior fit necessitas et vehementior ab incluso spiritu strangulatio, quum ut juverint illum vel sanguis mature ex utroque brachio detractus vel incisa ranula, vel cucurbitulae aliqua satis celeriter adhibita.

Boerhare parle aussi d'un homme qui, à table, sentit sa voix changer, devenir aigüe et sifflante, et mourut sans secours au milieu de ses amis étonnés qui prenaient pour un jeu ce phénomène inattendu.

Ponnet cite le fait d'un homme qui prend froid le matin à 10 heures et meurt d'œdème de la glotte à 5 heures du soir. Comme on le voit les œdèmes ont souvent une marche rapide. Il suffit de quelques jours, de quelques heures pour que le malade succombe à l'asphyxie, s'il n'est pas assez rapidement mis à l'abri de ces redoutables accidents par le traitement que nous exposerons plus loin.

La marche beaucoup moins rapide lorsque l'œdème du larynx survient lentement et progressivement, donne au médecin qui ne doit pas tarder le temps d'appliquer un traitement énergique. Les accidents guérissent quelquefois pour toujours, mais un malade atteint de néphrite, dont l'œdème de la glotte a été le premier signal, doit conserver toujours la crainte de prendre froid. Comme nous en trouvons un exemple frappant dans l'observation n° II.

La maladie laissée au patient le bénéfice d'une amélioration de quelques semaines, de quelques jours, produite soit par l'effet du traitement, soit par l'évolution naturelle de l'affection pour le frapper plus brusquement encore.

Il faut se méfier cependant dans les cas d'œdème léger

de la glotte de la mort subite je veux dire de l'aggravation rapide de l'œdème.

Témoin l'observation de Jones (1) où le malade un alcoolique, meurt subitement sans qu'auparavant il y eut de manifestation véritablement dyspnéique (2).

(1) Jones. — Œdème de la glotte néphrite. Mort subite. *Annales*, 1887, page 119.

(2) Œdème glottique tracheotomie. Mort subite. *Annales*, 1880.

DIAGNOSTIC.

Il y a deux diagnostics à faire : le diagnostic de l'œdème de la glotte, et le diagnostic de la cause de cet œdème. C'est sur cette dernière partie du diagnostic que le médecin devra porter toute son attention : une erreur de diagnostic entraînant une erreur de traitement dont les suites peuvent être, dans ces cas d'œdème bien funestes au malade.

Les corps étrangers, les polypes du larynx, seront facilement reconnus au laryngoscope; les spasmes de la glotte consécutifs à l'anévrysme de la crosse de l'aorte seront facilement dévoilés, quand, à l'examen, on constatera les signes de l'anévrysme : matité, battements ou souffles, mouvements d'expansion si la tumeur est volumineuse, le larynxoscope vous fera constater la paralysie d'une corde vocale, conséquence de la compression du nerf récurrent par la tumeur aortique.

Le croup a pour lui la présence ou le reliquat d'une angine diphthérique, qui l'a presque toujours précédé, les fausses membranes, le jetage, les altérations de la voix, l'engorgement ganglionnaire du cou.

La laryngite striduleuse choisit le jeune âge, apparaît brusquement, la dyspnée atteint son apogée et, après les

accès de suffocation, la voix reprend son timbre normal et la respiration devient libre.

L'abcès rétropharyngien est visible sur la paroi postérieure du pharynx; on sent la fluctuation, on voit la saillie fluctuante, dont la coloration est vineuse.

Un diagnostic plus spécial reste à faire : celui de la dyspnée ou plutôt de la cause qui l'a produite; si la dyspnée, en effet, est produite souvent par l'œdème, dont la localisation au niveau de la glotte empêche le libre passage de l'air à l'inspiration, souvent aussi elle est produite par l'œdème pulmonaire, par un épanchement pleural, par de la bronchite, que l'auscultation et la percussion sauront déceler.

Une autre dyspnée, je veux dire une dyspnée d'une autre nature, peut accompagner encore l'œdème de la glotte : la dyspnée urémique, celle produite par le poison urémique au niveau du bulbe.

La connaissance de ces diverses causes de dyspnée a sa valeur : le malade frappé d'œdème de la glotte pouvant avoir une dyspnée tenant à ces différentes causes, le médecin devra s'attacher à rechercher exactement l'importance de chacune. Il pourra tirer de cette recherche des indications thérapeutiques bien diverses et précieuses : tantôt une toracanthèse s'imposera, tantôt la saignée; tantôt enfin il faudra avoir recours à la trachéotomie.

Le diagnostic de la cause sera fait facilement, la plupart des fois, si le malade a un cancer du larynx, si l'œdème survient au cours de la fièvre typhoïde, si le malade a l'aspect bacillaire.

Dans l'érysipèle, l'infiltration est séro-purulente, de même dans la pharyngite scrofuleuse (C. Paul).

Nous ne nous attacherons pas à énumérer toutes les causes si diverses d'œdème de la glotte : les brûlures, les piqures de moustiques, etc., etc. Mais la syphilis étant avant toutes les autres la cause la plus fréquente de l'œdème de la glotte, nous allons insister davantage sur elle. Et tant est grande la valeur pronostique de cette diathèse ; tant est importante la connaissance du traitement de l'œdème de cette nature, que nous n'hésitons pas à apporter ici quelques développements.

Un traitement spécifique énergique et bien fait : six grammes d'onguent mercuriel simple en friction sur la peau ; de l'iodure de potassium à la dose de quatre, six, huit, dix et douze grammes même ! par jour, arrêtent rapidement l'évolution de la maladie et peuvent, sans intervention chirurgicale, amener une guérison complète !

Nous avons toujours présent à la mémoire cet homme atteint d'œdème de la glotte syphilitique, arrivant un jour asphyxiant à l'hôpital, après s'être enfui sept fois des différents hôpitaux où on lui avait proposé l'intervention chirurgicale et guérissant complètement en quelques jours, grâce au traitement que nous venons d'exposer.

Oui, il ne faut pas oublier la syphilis, cette cause si fréquente d'œdème de la glotte : le pronostic est alors si favorable qu'on a plaisir à la trouver, à traiter le malade, à le guérir !

Vous voyez un malade suffoquant : en deux mots demandez-lui s'il a eu la syphilis, découvrez-le, cherchez sur lui tous les stigmates, interrogez-le sur l'origine des cicatrices

que vous découvrirez et lorsque, dèçu dans votre espoir vous serez assuré qu'il n'a pas la syphilis, cherchez l'albumine dans les urines, demandez-en au malade.

Bien souvent le malade aura de la peine à vous en donner, il n'éprouve pas de besoin bien qu'il n'ait pas uriné depuis cinq, six, sept heures et quelquefois davantage.

C'est un fait constant que le malade n'urine pas.

Les quelques gouttes de l'urine épaisse et trouble qu'il vous donnera contiendront de l'albumine à flots.

Le diagnostic de l'œdème de la glotte brightique est fait: il est encore incomplet, il faut encore demander au malade quelques renseignements, savoir depuis combien de temps il est brightique et alors on apprend qu'il y a deux œdèmes de la glotte brightique, l'un qui apparaît dans le cours et vers la fin de la maladie et l'autre qui arrive seul, sans aucun symptôme prémonitoire, *symptôme primitif* lui-même de la maladie de Bright.

Si souvent en effet le malade frappé de la redoutable complication de la glotte avait depuis long temps des œdèmes, des troubles respiratoires, des troubles urinaires et la plupart des signes que nous avons étudiés au début sous le nom de petits accidents, souvent aussi vous apprendrez que le malade frappé d'œdème de la glotte n'avait avant le début de cette grave affection aucun des petits symptômes, qu'il était bien portant et que c'est brusquement, qu'il a été saisi par le mal au milieu d'une santé florissante.

La rapidité de la marche des accidents, la courte durée de leur évolution, le nombre des terminaisons fatales par-

lent assez pour dire la gravité du pronostic de cette redoutable affection.

Aussi le médecin appelé dès le début auprès d'un malade atteint d'œdème de la glotte brightique devra-t-il de suite voir et faire voir le danger de la situation et sans remettre au lendemain le moment de l'intervention chirurgicale, il se fera un devoir de la pratiquer de suite, ou au moins laissera-t-il auprès du malade une personne sûre avec les indications nécessaires.

TRAITEMENT.

Primum non nocere, dit un axiôme : la thérapeutique médicale a bien peu de ressources contre ce terrible mal.

Bien plus, il faudrait presque se défier d'elle tant est nuisible parfois l'action de certains médicaments chez les malades frappés d'œdème de la glotte.

L'action de l'iodure de potassium est si pernicieuse dans ces cas, que même chez des malades atteints de néphrite il a pu provoquer des œdèmes de la glotte.

Lisez ces observations tirées de la thèse de Petitjean (Paris, 1879) :

Homme, 34 ans, non syphilitique, vient pour de l'œdème de la glotte, on fait la trachéotomie pour empêcher la mort de l'individu qui revient à la santé. L'histoire du malade était la suivante : le malade, non syphilitique, avait eu la gorge assez sensible trois ans auparavant et l'administration de l'iodure de potassium avait à cette époque déterminé chez lui de légers accidents. Sauf un rhumatisme, il demeura bien portant jusqu'à il y a 3 mois où il contracta une affection des reins, néphrite aiguë. Pendant le mois suivant il se sentit languissant et fut obligé d'interrompre son travail. Le 7 octobre, il éprouva une douleur rhumatismale du

poignet et un sentiment de gêne douloureuse dans la région cardiaque. Il consulta un médecin qui lui administra dix grains d'iodure de potassium, dix gouttes de teinture de digitale et 15 grains de carbonate de potasse à prendre en trois fois dans de l'eau pendant huit jours. Six doses furent seulement données; après la quatrième il éprouva une violente fièvre et fut obligé de se coucher. Le samedi, à 1 heure du matin, il est réveillé par une sensation d'étouffement et fait part de ses craintes à sa femme. Il pouvait à peine articuler ses mots. Des cataplasmes, des inhalations n'amènent aucun soulagement on l'envoie à l'hôpital. Les urines sont albumineuses et renferme de l'iode.

Et cette autre :

Ménagère, syphilitique et tuberculeuse, prend deux cuillerées à café de sirop de Gibert et est frappée d'œdème de la glotte, on fait la trachéotomie, elle meurt dans un accès d'éclampsie, les reins présentaient la dégénérescence graisseuse. L'examen des urines avait été fait, il n'existait pas, paraît-il, d'albumine. Cependant la terminaison éclamptique nous a fait douter de ce résultat.

La morphine et les opiacés sont contre-indiqués.

N'administrez pas de purgatif drastique, vous augmenterez le flux intestinal, c'est vrai, vous croirez soulager l'organisme d'une partie du liquide qui l'a envahi de cette façon, alors que vous paralysez de plus en plus la fonction rénale déjà si compromise.

Ce qu'il faut c'est diminuer la tension artérielle, débarrasser les vaisseaux de leur trop plein. Faites une saignée copieuse, l'endosmose se fera des parties œdématisées vers les vaisseaux. Donnez en même temps

des diurétiques, faites travailler le rein. Il faut des urines, Dans le service on donne aux malades brightiques, aux oliguriques, aux anuriques une bonne tisane qui se fait simplement de la façon suivante :

Lactose	50 gr.
Eau	1000 gr.
Vin diurétique de Trousseau	15 gr.

Faites boire le malade. Donnez-lui la lactose dans du lait, dans de l'eau, dans une infusion de queues, de cerises, de chiendent, d'uva ursi.

En ville, M. le professeur Dieulafoy indique la formule suivante :

Eau d'Evian	500 gr.
Champagne,	500 gr.
Lactose	50 gr.
Vin diurétique de Trousseau.	25 gr.

J'ai vu grâce à cette tisane les urines des malades rares avant le traitement être rendues en quantité normale au bout de peu de temps, et les œdèmes disparaître peu à peu.

Que dire du traitement par le jaborandi, par la pilocarpine : les observations de guérisons d'œdème de la glotte sous l'influence de ces traitements ne sont pas en assez grand nombre pour qu'il soit possible d'en tirer une conclusion (Suarez de Mendoza, Reichard).

L'iodure d'éthyle prrait avoir donné de bons résultats à Capitan.

Nous venons de voir les ressources de la thérapeutique médicale qu'on aura toutes épuisées lorsqu'on y aura

joint les antiphlogistiques, les saignées, les ventouses scarifiées, les vésicatoires, la glace, les cautérisations, dangereuses en ce qu'elles peuvent favoriser le développement de l'œdème.

Pendant longtemps on pratiqua des scarifications. Si les scarifications amènent une amélioration passagère, elles sont rarement couronnées d'un succès complet ; le plus souvent on est obligé d'y avoir recours un certain nombre de fois. Quelquefois elles deviennent inutiles, parfois même dangereuses.

Dans tous les cas on doit se tenir prêt à pratiquer la trachéotomie et cela plus tôt que plus tard, c'est-à-dire « lorsque les accès de suffocation augmentent d'intensité et de durée et lorsque la respiration devient plus gênée dans l'intervalle des accès. » (Trousseau).

Les résultats donnés par la trachéotomie sont plus encourageants : sur onze cas d'œdème de la glotte brightique traité par la trachéotomie, il y a eu cinq succès et six guérisons.

Depuis que Bouchut a proposé le tubage de la glotte, on s'est occupé de cette opération pour l'œdème de la glotte brightique. Les conditions dans lesquelles est indiqué le tubage sont surtout celles de l'œdème de la glotte que nous étudions où il n'y a pas de membranes capables d'oblitérer le tube.

La trachéotomie chez l'adulte est une opération dangereuse assurément, mais le tubage offre aussi des dangers. Il expose le malade à de la broncho-pneumonie, la glotte maintenue béante laisse deglutir la salive qui, Claisse nous l'a montré, est une des causes d'augmentation de

la virulence du streptococcus et on peut voir survenir dans la broncho-pneumonie déterminée ainsi le catarrhe suffocant.

Les exemples de guérisons après la trachéotomie sont peu nombreux, il est vrai : six sur onze; mais nous ne savons pas quelle statistique donnerait le tubage.

Dans toutes nos recherches nous n'avons trouvé qu'une seule observation d'œdème de la glotte brightique traité par le tubage. La voici telle que nous la rapporte Meier de New-York.

« J'ai, dit-il, eu dernièrement l'occasion d'observer chez un adulte un œdème aigu de la glotte que j'ai traité avec succès par le tubage.

Il s'agissait d'un homme de 36 ans qui, à son entrée à l'hôpital, se plaignait de dysphagie, de dyspnée, de douleurs dans la région du larynx après une imprudence, le malade était devenu cyanosé, il asphyxiait et la mort était imminente : les révulsifs n'ayant produit aucun effet, on résolut de pratiquer le tubage du larynx.

Dès que le tube fut placé, le malade respira librement et au bout de quelque temps la guérison fut complète.

Bulletin médical, année 1888.

Assurément voici un cas heureux de tubage du larynx qui permet d'espérer que d'autres tentatives de ce mode de traitement seront faites.

Pour le moment cette observation de tubage du larynx dans l'œdème de la glotte ne permet pas de conclure et si plus haut nous avons dit que le tubage exposait le malade à de la broncho-pneumonie, nous devons dire qu'en faisant l'antisepsie de la bouche, en alimentant le ma-

lade avec la sonde œsophagienne on peut éviter cette complication qui compromettrait gravement les résultats qu'on est en droit d'attendre du tubage.

Au cours de nos recherches nous avons relevé les différents cas d'œdème de la glotte tant brightiques que syphilitiques nécessitant une intervention chirurgicale rapide et il nous a paru intéressant de réunir sous forme de tableau les résultats obtenus :

ŒDÈME DE LA GLOTTE BRIGHTIQUE	ŒDÈME DE LA GLOTTE SYPHILITIQUE
Sur douze cas d'œdèmes de la glotte survenant comme symptômes primitifs du mal de Bright et nécessitant l'intervention chirurgicale : Deux sont morts avant l'opération. Trois sont morts après l'opération. Cinq ont survécu. Sur sept cas d'œdème de la glotte survenant au cours du mal de Bright et nécessitant une intervention chirurgicale. Quatre sont morts avant l'opération. Deux sont morts après. Un seul a survécu.	Sur quarante-cinq cas d'œdèmes de la glotte d'origine syphilitique et dans lesquels le traitement antisiphilitique n'a pu être fait à temps : Quatre sont morts avant l'opération. Douze sont morts après l'opération. Trente-trois ont survécu.

OBSERVATION N° I.

PERSONNELLE.

Dans la nuit du 29 janvier 1842, le nommé P... entre à l'hôpital Necker où il se présente accompagné de deux amis qui le soutiennent de peur qu'il ne tombe tant est grande son oppression.

Cet homme qui exerce la profession de peintre en voiture a souffert à plusieurs reprises de coliques de plomb. Il n'a jamais fait d'autre maladie. Passe syphilis, pas d'alcoolisme.

P... jouissait d'une très bonne santé quand, il y a trois jours, il a pris froid sur l'impériale d'un omnibus où il est monté après avoir fait une longue course qui l'avait mis en transpiration. Il n'a éprouvé pendant la soirée qu'un peu de chaleur à l'arrière gorge et des picotements. La voix était devenue un peu rauque pendant la nuit et le lendemain matin il lui semblait à son réveil qu'il avait quelque chose dans la gorge.

Dans la journée les picotements étaient devenus plus forts et il avait de la peine à avaler. Il a même remarqué qu'il avait craché beaucoup de salive « pour ne pas avoir la peine de l'avalier. » Il n'a pris que des boissons chaudes et du bouillon et a gardé le repos à la chambre. Mais malgré ces pré-

cautions l'oppression a augmenté de plus en plus et dans la nuit d'hier il a été pris d'un accès d'étouffements après lequel il ne parla plus qu'à voix basse. Il a cru qu'il allait mourir et avait l'intention de venir à l'hôpital ce matin. Cependant le restant de la nuit fut meilleur et le malade changea d'avis. Ce n'est que dans la soirée qu'ayant été repris d'accès de suffocation le premier à six heures le second à sept heures et demie, il se décida à venir à l'hôpital à dix heures.

Il fut pris d'un nouvel accès pendant le parcours et deux compagnons qu'il rencontra l'aidèrent à venir à l'hôpital.

Les urines que le malade nous fournit en petite quantité, bien qu'il n'eût pas uriné depuis le matin, renferment de l'albumine en grande proportion.

Interrogé sur les petites accidents de la maladie de Bright, P. répond négativement à toutes les questions posées. Nous ne relevons aucune trace d'œdème sur les membres; la face seule est bouffie depuis deux jours seulement.

A l'examen de la bouche on est frappé du développement considérable de la luette, de l'amygdale gauche et du pilier du même côté, leur aspect est lisse, translucide, gélatineux; la muqueuse du voile du palais est elle-même épaissie.

On ne peut pratiquer l'examen du larynx sans exposer le malade à un accès de suffocation qu'il éprouve dès qu'on lui ouvre la bouche, sa respiration est rude et sifflante (bruit de drapeau par instant.)

La déglutition, possible encore le matin, ne l'est plus à présent, le malade crache continuellement, aussi a-t-il soif et

demande-t-il à boire. Mais il ne peut avaler que difficilement. Chaque gorgée de liquide le brûle et chaque mouvement de déglutition provoque un accès de toux.

Le malade use de tous les stratagèmes pour respirer le plus d'air possible. Il demande qu'on lui ouvre la fenêtre; il se débarrasse de ses vêtements qui le gênent; il casse dans un moment de colère le bouton de son col qui ne veut pas céder : sa figure est menaçante, ses yeux hagards et saillants.

Tantôt il se lève précipitamment et va dans la salle, en s'accrochant aux montants des lits, respirer de l'air frais à la fenêtre, puis il revient s'asseoir dans un fauteuil et rejette la tête en arrière; tantôt il marche la tête basse, comme désespéré de ne pouvoir trouver la quantité d'air qui lui manque.

Trois fois dans la nuit il fut pris d'accès de suffocation, l'accès se calmait après avoir duré deux, trois, cinq minutes pendant lesquelles, haletant et couvert de sueur, il allait, venait, portant sans cesse la main à son cou comme pour se dégager de ce qui le gênait. La crise calmée, il allait de nouveau s'étendre un instant sur son lit, faisant signe du geste aux personnes de s'écarter, montrant qu'on l'empêchait de respirer librement.

Dans la matinée le malade fut plus calme, il urina quelques grammes d'une urine épaisse et chargée qui, dosée au tube d'Esbach, contenait un gramme cinquante centigrammes d'albumine par litre. Vers onze heures, le malade s'agita de nouveau et fut pris d'un nouvel accès de suffocation. A deux heures les accès augmentant et l'asphyxie étant imminente, on pratiqua la trachéotomie.

L'opération se fit sans incident : la canule seule pénétra difficilement.

Pendant une heure environ le malade, soulagé, respira librement. Mais à quatre heures il fut pris soudain d'un violent accès de suffocation : on courut chercher l'interne de garde qui vint aussitôt : le malade était mort ; quelques minutes s'étaient à peine écoulées.

A l'autopsie on trouva les reins de volume normal très congestionnés.

OBSERVATION N° II.

Archives générales de Médecine, Année 1885.

S., 42 ans, peintre en bâtiments, entre le 30 octobre 1884 à l'hôpital Tenon, salle Axenfeld, service de M. le docteur Hanot. Observation recueillie par M. Schackmann, interne du service.

Cet homme, qui exerce la profession de peintre en bâtiments depuis plus de vingt ans, a souffert à plusieurs reprises de coliques de plomb et n'a jamais fait d'autre maladie ; pas de syphilis, ni d'alcoolisme.

S. est de constitution robuste et semble jouir à première

vue d'une excellente santé ; il a de l'embonpoint, le teint coloré.

Il dit n'être malade que depuis quelques jours et accuse de la céphalalgie, et surtout un mal de gorge qui rend la déglutition très pénible.

A l'examen de la bouche, on est frappé du développement considérable qu'a pris la luette ; elle est transformée en une masse presque sphérique du volume d'une noisette, sorte de bloc gélatineux tremblotant, quasi-translucide, qui comble presque complètement l'espace compris entre les piliers du voile du palais.

La muqueuse du voile du palais est également boursoufflée et épaissie, mais à un moindre degré.

Depuis deux jours, la déglutition est presque impossible, et il a eu à plusieurs reprises des vomissements.

Aucune trace d'œdème ni autour des malléoles, ni aux paupières, en aucun point du tégument externe.

Les urines, moyennement colorées, contiennent une notable proportion d'albumine. Apyrexie.

On soumet le malade au régime lacté et à l'iodure de potassium à la dose de 0,50 centigr. par jour.

L'œdème de la glotte est traité par des collutoires au ratanhia.

6 novembre. La quantité d'urine rendue en 24 heures est d'environ 1 litre par jour. Ce liquide est moyennement coloré, il contenait les premiers jours 4 grammes d'albumine, il n'en contient plus aujourd'hui que 2 grammes.

L'œdème de la luette a sensiblement diminué, la céphalalgie a disparu.

Pas d'œdème sous-cutané en aucun point.

A la fin de novembre, la guérison semble parfaite ; il n'y a plus trace d'œdème guttural. On ne trouve que des traces d'albumine dans l'urine ; le malade demande à aller à Vincennes et quitte le service le 3 décembre, malgré le conseil que nous lui donnons de consolider sa guérison par un traitement plus prolongé.

S. est admis de nouveau dans le service le 30 décembre 1884. Après un refroidissement sur une impériale d'omnibus, il a été pris de suffocation violente et s'est fait conduire à Tenon.

1^{er} janvier 1885. Dyspnée interne. Le malade met en jeu toutes ses forces musculaires pour faire pénétrer l'air dans sa poitrine ; l'auscultation du poumon ne fait entendre que quelques râles, les battements du cœur présentent quelques irrégularités. A l'examen de la gorge, on voit la luette, les piliers, toute l'arrière-bouche considérablement œdématiés.

L'examen de l'urine révèle des flots d'albumine.

Le 2 janvier. La luette est très diminuée, et cependant la dyspnée est toujours considérable. Rien de nouveau dans le poumon, les battements du cœur sont plus réguliers, le pouls est fort.

Le 3 janvier. Même état.

Le 4 janvier. La dyspnée a augmenté, le malade a des accès intermittents de suffocation. Il divague par instants, mais a parfaitement conscience de ces absences ; la gorge a repris son aspect normal, elle est seulement un peu rouge ; le cœur est régulier, le pouls est bon. On constate un léger tirage épigastrique et sus-sternal.

Le 5 janvier. Dyspnée toujours intense non en rapport

avec l'état pulmonaire, ni avec celui de la circulation, car les râles sont peu nombreux et le cœur bat avec force et régularité ; la voix est éteinte, les yeux sont brillants, les pommettes colorées. Le malade continue à divaguer de temps à autre. L'albumine, dosée au tube d'Esbach, donne 5 grammes et demi par litre. L'index, introduit dans l'arrière-bouche, a permis de sentir deux bourrelets au niveau de la partie supérieure du larynx.

Le 6 janvier. Le malade accuse un mieux à peine sensible ; les signes sont les mêmes ; albumine, 6 gr. 50.

Le 7 janvier. Un peu de mieux du côté de la respiration, le cœur est toujours régulier, les râles ont augmenté dans le poumon. La luette, les piliers présentent le même œdème qui a cependant diminué ; l'aphonie est complète, le tirage extrême. Albumine, 5 grammes.

Le 8 janvier. La dyspnée est la même ; toujours quelques râles dans la poitrine, le pouls est plus faible qu'hier. Le malade est plus agité, il veut s'en aller, il prononce quelques paroles incohérentes.

Vers une heure de l'après-midi il est pris d'un accès de suffocation de véritable orthopnée. Une heure après, l'accès persistant, on pratique la trachéotomie. Le malade meurt à 4 heures.

Autopsie le 10 janvier.

Larynx. — Suffusion sanguine de toute la muqueuse laryngée, les replis aryéno-épiglottiques sont légèrement œdématisés et épaissis, les cordes vocales inférieures et surtout les supérieures sont relativement plus épaissies. A l'incision de l'une des cordes vocales inférieures, on fait sourdre

un peu de liquide séreux. Tout le reste de la muqueuse laryngée est infiltré.

Poumons. — A l'ouverture du thorax on trouve un litre environ de liquide séreux dans la plèvre, les poumons d'un volume considérable présentent quelques adhérences pleurales assez récentes, ils crépitent sur toute leur étendue. Au niveau du sommet et des bords antérieurs on voit des lobules saillants emphysémateux. A l'incision on constate de l'œdème disséminé par places, des congestions à la base du poumon gauche surtout, de la congestion hypostatique interne. Le poumon surnage dans l'eau.

Cœur. — Le péricarde est adhérent à la plèvre gauche au niveau de sa base, il n'y a pas de symphyse cardiaque.

Cœur de bœuf, il pèse après élimination de caillots sanguins très abondants : 790 grammes, le myocarde est ferme, rouge, la paroi du ventricule gauche mesure 3 centimètres vers sa partie moyenne. Les piliers sont très développés. Les cordages tendineux sont souples, lisses, unis. Une valve de la valvule mitrale présente sur sa partie moyenne quelques plaques laiteuses. Tout le bord de cette valve est légèrement épaissi et présente quelques saillies nodulaires, les valvules sigmoïdes de l'aorte sont saines, l'orifice des artères coronaires très élargi est d'ailleurs normal.

Le cœur droit présente une paroi d'un centimètre d'épaisseur, les valvules sont normales. Orifice pulmonaire normal.

Reins. — Le rein gauche pèse 140 grammes. Il présente sur la face antérieure une saillie considérable, on enlève assez difficilement la capsule en arrachant un peu de substance rénale. A l'incision on constate que la substance cervicale est réduite à une bande d'une épaisseur de 2 mil-

limètres environ. Elle est peu vasculaire. La substance médullaire se dessine très nettement et les colonnes de Bertin présentent par places des dimensions considérables, refoulant les pyramides.

Au niveau de la saillie même disposition et épaissement considérables des colonnes de Bertin, le tissu offre une résistance notable à la section, le rein droit pèse 135 grammes. Il offre les mêmes caractères que le rein gauche sauf la saillie.

Foie. — Considérable, il pèse 2 kilog. 500, la vésicule contient peu de bile et cette bile est d'un brun foncé, le tissu hépatique est consistant, la coupe offre l'aspect du foie muscade. Pas de réaction amyloïde.

Rate. — Pèse 300 grammes. Congestionnée.

Ainsi donc, chez ce malade atteint d'albuminurie salumine, il n'y eut jamais d'œdème qu'à la luette et au voile du palais, sauf pendant les derniers jours de la maladie, lorsque l'œdème suttural se propagea jusqu'à la muqueuse laryngée entraînant la mort.

On a vu, en effet, à l'examen microscopique, que l'œdème laryngé pouvait seul expliquer le mode de terminaison fatale. Cet œdème des muqueuses, cet œdème interne évoluant en dehors de tout œdème sous-cutané, apportera dans certains cas un sérieux appoint au diagnostic et devra être aussi considéré comme un indice pronostic d'une haute gravité.

Il donnera toujours à redouter la propagation jusqu'aux replis aryténo-épiglottiques. On songera que l'œdème albuminurique limité à la luette est susceptible d'être le point de départ de cet œdème de la glotte que plusieurs auteurs ont

signalé comme une des complications les plus dangereuses de la maladie de Bright.

Monsieur le docteur Fauvel, au congrès médico-chirurgical de France, tenu à Rouen en 1863, présente sous le titre d'*Aphonie albuminurique* les observations de trois malades chez qui l'œdème de la glotte a été le symptôme primitif de la maladie de Bright.

OBSERVATIONS DE M. FAUVEL

OBSERVATION N° III.

Le 11 mars 1863, je suis mandé en consultation par le docteur A. Fournier, pour examiner le larynx de Mme M., rue de la Chaussée-d'Antin.

Nous constatons un gonflement de tout le vestibule du larynx, sans douleur, sans injection, surtout autour des cordes vocales supérieures. Les cordes vocales inférieures sont saines, blanches et un peu mates au lieu d'être nacrées; la voix sourde, demi-éteinte; pas de douleurs, pas de sensation de corps étrangers dans le larynx, gêne dans la respiration, mais au niveau seulement de la région thoracique.

Nous ne trouvons rien dans les antécédents de la malade

d'une bonne santé générale habituelle, pour expliquer cet œdème; pas de signes de tuberculose ou de syphilis bien évidente. Cependant nous formulons le traitement anti-vénérien, très faible, très peu de iodure de potassium : deux jours après l'étouffement augmentait et des douleurs aiguës survenaient dans le larynx; une sensation de brûlure de déchirure au niveau de la glotte; le larynxoscope nous fit voir que l'œdème avait augmenté; je vis la malade trois fois encore à quelques jours d'intervalle, avec M. A. Fournier, et je la perdis de vue; lorsque j'appris un mois après que M. le professeur Trousseau et M. le docteur G. Sée, appelés en consultation, avaient reconnu avec M. Fournier, l'existence d'une maladie de Bright chez Mme M.

Tel était donc la cause de cet œdème laryngien que rien ne pouvait expliquer.

En même temps qu'un traitement approprié diminuait la quantité d'albumine dans les urines, la voix augmentait et la respiration s'améliorait.

Enfin, Mme M. put se lever, sortir et se croire guérie; j'examinai son larynx au larynxoscope : tout était rentré dans l'ordre normal; mais, depuis, une nouvelle poussée albuminurique est revenue; l'œdème de la glotte est reparu et, malgré les incisions, les débridements, les cautérisations pratiquées directement sur l'organe vocal, il fallut faire la trachéotomie.

Aujourd'hui le larynx est presque guéri, mais l'affection brightique fait de nouveaux progrès et l'œdème des membres inférieurs augmente tous les jours.

« J'ai vu depuis ce fait intéressant, plusieurs malades

atteints d'aphonie ou de dysphonie au milieu de la meilleure santé, sans que rien put expliquer la cause du gonflement survenu dans le larynx.

« J'essayai les urines avec l'acide nitrique et souvent je trouvai des traces très sensibles d'albumine. »

OBSERVATION N° IV

M. B., de Tours, 50 ans, bonne constitution, vient me consulter le 18 juin 1863 pour une aphonie de date récente et survenue brusquement quinze jours auparavant.

M. B. était sur son balcon, la tête exposée au soleil, il rentre dans son appartement et est tout étonné de ne plus pouvoir parler. Il consulte un médecin qui ordonne des sangsues à l'anus et du baume de Tolu, l'aphonie ne diminue pas.

M. B. n'a que la voix de chuchotement, les lèvres seules parlent chez lui, il semble que la glotte soit paralysée.

M. B. n'accuse pas de douleur à la région sous-hyoïdienne, il se plaint d'un peu d'oppression du côté de la poitrine; ni gêne, ni picotement dans le larynx.

Aucun signe actuel ou antérieur d'herpétisme, de rhumatisme, de tuberculose, de syphilis. M. B. ne fume pas, est très sobre; pas de toux, pas de crachats.

J'examine le fonds de la gorge et je trouve une luette très grosse, très allongée, infiltrée; je trouve à l'aide du miroir laryngien, un œdème blanc considérable de tout le venticule laryngien. J'essaie les urines et je reconnais une grande quantité d'albumine.

Je propose au malade de consulter un médecin pour son albuminurie. Il fait appeler le docteur G. Sée, à qui je montre au laryngoscope l'œdème général de l'organe vocal. Il est survenu depuis le dernier examen en dehors de l'œdème du larynx un peu de bouffissure des paupières inférieures. M. le docteur Sée prescrit des pilules de Frank, du vin de quinquina; pour régime, du lait, de la bière, des potages de graisse, des viandes de boucherie, du poisson, des fruits, pas de farineux, pas de pâtisseries et une fois par semaine un bain de vapeur.

Sous l'influence de ce traitement la marche de la maladie de Bright s'arrête, la quantité d'albumine dans les urines diminue, l'œdème du larynx disparaît et la voix revient tout à fait timbrée et normale.

Aujourd'hui M. B. est tout à fait guéri.

Dans la troisième observation qui suit, M. Fauvel s'attache à démontrer que le laryngoscope peut rendre de grands services et que son utilité est telle qu'il permet de prévoir le moment où l'intervention opératoire est indiquée.

Il s'agit dans cette observation, de même que dans les deux précédentes, d'un œdème de la glotte survenant comme signe de début de la maladie de Bright.

OBSERVATION N° V.

J'ai pu, dit M. Fauvel, préciser à l'aide du laryngoscope, le 16 août de cette année, le moment où il serait trop tard pour pratiquer la trachéotomie : Un chirurgien très distingué des Hôpitaux de Paris, appelé près d'un malade, M. L., d'Avesnes-Lecomte, pour pratiquer la trachéotomie, crut pouvoir remettre l'opération au lendemain soir ; je le priai d'opérer le soir même. J'avais suivi jour par jour les progrès de l'occlusion mécanique du larynx et je voyais la fente glottique se rétrécir avec une effrayante rapidité. M. le docteur G. Sée, médecin de l'hôpital Beaujon qui avait examiné le malade quatre jours auparavant, croyait que l'opération pourrait être retardée jusqu'à son retour. M. Sée partait pour trois semaines et avait en tous cas prévenu M. Demarquay de se tenir prêt à pratiquer la trachéotomie sur ce malade.

M. L., à 10 heures du matin, le 16 août, put encore descendre seul deux étages, monter en voiture et retourner aux Champs-Élysées dans la maison de santé du docteur Plouviez ; mais le soir, à 5 heures, l'asphyxie avait fait de tels progrès que le malade était sans connaissance.

M. Plouviez, immédiatement appelé, envoya chercher au plus vite M. Demarquay qui fit l'opération presque sans espoir de réussite. M. L. ne respirait plus, la face était

cyanosée, bouffie, les yeux fermés et éteints et l'on fut obligé de faire la respiration artificielle. Au bout d'un quart d'heure d'angoisse après l'introduction de la canule trachéale, la poitrine se souleva, le malade était sauvé et cependant l'empoisonnement avait été lent et profond, car le lendemain il sortait encore du sang noir et visqueux par la canule, et la face était encore cyanosée. Aujourd'hui le malade est guéri.

Personne, dit en terminant M. Fauvel, ne peut nier que sans le secours du laryngoscope il était impossible de préciser aussi exactement l'heure de la trachéotomie.

OBSERVATION N° VI.

BERGER : *Thermocautère appliqué à la Trachéotomie.*
Mémoire lu à la société de chirurgie. (Séance du 2 Octobre 1878).

Je mets aujourd'hui sous les yeux de la société une pièce anatomique qui me semble démontrer l'inocuité de l'action locale du thermocautère dans la trachéotomie.

Vendredi dernier j'étais appelé par un collègue, M. Dieulafoy pour pratiquer la trachéotomie sur une femme de la salle Sainte-Madeleine, albuminurique qui menaçait d'être

emportée par des accès de suffocation résultant d'un œdème de la glotte.

Je trouvai cette femme atteinte d'orthopnée extrême, déjà fort anesthésiée et refroidie, le cou volumineux et court se gonflait à chaque expiration, on sentait au doigt que l'isthme de la glande thyroïde formait un véritable goitre médian qui recouvrait les anneaux supérieurs de la trachée. Je pratiquai l'opération.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose furent largement incisés au thermo-cautère depuis le cartilage cricoïde jusqu'à un centimètre de la fourchette sternale. Je fus bien gêné dans ce temps par l'œdème du tissu cellulaire qui dérobait une quantité de chaleur considérable à mon couteau, celui-ci dut être maintenu à une température très élevée, rouge cerise ou même rouge blanc.

L'aponévrose incisée, je vois distinctement les plexus thyroïdes et les deux jugulaires antérieures qui s'anastomosaient sur la ligne médiane ; je passai deux fils de catgut sous cette anastomose et je la sectionnai entre une double ligature. Au moment où je passais le fil, une veine nous inonda d'un flot de sang aussitôt arrêté par striction du fil. J'entrepris alors de diviser au thermo-cautère l'isthme du corps thyroïde, mais je dus bientôt y renoncer à cause du temps qu'aurait demandé cette phase de l'opération. Je dégageai le bord inférieur de l'isthme et le relevai en l'attirant fortement en haut, je mis à nu avec le thermo-cautère toute la face antérieure de la trachée, dans une étendue de 4 centimètres, à ce moment il n'y avait pas une goutte de sang sur la plaie ; la trachée se présentait avec les caractères anatomiques, tels qu'on les retrouve à la dissection d'un

cadavre. Je l'incisai largement au bistouri, j'introduisis le dilatateur, puis la canule en quelques secondes. Toute l'opération n'avait pas duré dix minutes.

La malade ne parut néanmoins pas soulagée, elle succomba 3 ou 4 heures après l'opération au progrès de l'asphyxie.

L'autopsie prouva qu'elle était due à l'existence d'un œdème pulmonaire des plus considérables, il y avait aussi un œdème glottique et sus-glottique énorme. Je passe les autres traits fort intéressants à d'autres points de vue de cet examen nécroscopique pour arriver à l'examen de la plaie opératoire.

OBSERVATION N^o VII.

Société de Médecine de Berlin. — M. FRAENKEL. —

(Séance du 11 mai 1885).

Il y a quelques jours je fus appelé auprès d'un adulte qui au cours d'une santé en apparence parfaite avait été pris de dypnée subite.

L'examen laryngoscopique me fit reconnaître un œdème

de la glotte; je me préparais à faire la trachéotomie lorsque cet homme succomba.

L'autopsie me fit reconnaître une atrophie du rein gauche en même temps que de la tuméfaction du rein droit qui présentait de la dégénérescence parenchymateuse.

Il s'agissait donc chez mon malade d'un œdème aigu du larynx survenant comme premier signe d'une atrophie de rein de date déjà ancienne.

M. Baginski répondant à M. Fraenkel dans cette même séance, dit ceci :

On a déjà publié en Allemagne trois ou quatre observations analogues dans lesquelles l'œdème de la glotte a été le premier symptôme d'une néphrite scarlatineuse.

CONCLUSIONS.

I. — La maladie de Bright a deux modes de début :

Tantôt elle apparaît insidieusement, ne se manifestant que par quelques légers symptômes « les petits accidents du Brightisme ».

Tantôt elle apparaît brusquement et c'est par un accident urémique grave que débute la maladie.

II. — Les œdèmes qui habituellement apparaissent au cours de la maladie de Bright, et en particulier l'œdème de la glotte sont quelquefois la première manifestation de la maladie.

III. — L'œdème de la glotte, symptôme primitif de la maladie de Bright a une pathogénie et des symptômes qui lui sont propres. La constitution du larynx peut appeler la tuméfaction : l'œdème.

IV. — On ne devra pas le confondre avec les autres œdèmes de la glotte et surtout avec l'œdème de la glotte d'origine syphilitique.

V. — La diathèse syphilitique devra toujours être recherchée avec le plus grand soin.

VI. — Le pronostic de l'œdème de la glotte symptôme primitif de la maladie de Bright est toujours grave.

VIII. — La thérapeutique médicale à des ressources insuffisantes contre cette affection.

VIII. — Il faudra toujours dans les cas d'œdème de la glotte Brightique, s'abstenir de donner l'iodure de potassium, la morphine, et les purgatifs drastiques.

IX. — L'intervention chirurgicale doit être faite le plus tôt possible.

X. — La trachéotomie ayant dans bon nombre de cas donné de bons résultats on devra y avoir recours dans tous les cas.

XI. — L'opération du tubage pratiquée avec succès une seule fois dans un cas d'œdème de la glotte chez un adulte ne permet pas d'affirmer que cette opération devra être préférée à la trachéotomie.

VU :

Le Président,

DIEULAFOY.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur

de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

